

VU Research Portal

Een beoordeling ter beoordeling; Opbrengsten en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie en mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek

Harte, J.M.

published in

Vrijheid en verlangen, Liber amicorum prof. dr. Antoine Mooij.
2009

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Harte, J. M. (2009). Een beoordeling ter beoordeling; Opbrengsten en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie en mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek. In F. Koenraadt, & I. Weijers (Eds.), *Vrijheid en verlangen, Liber amicorum prof. dr. Antoine Mooij*. (pp. 233-241). (Pompe reeks; No. 55). Boom Juridische uitgevers.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Een beoordeling ter beoordeling

*Opbrengsten en beperkingen van instrumenten voor
risicotaxatie in de forensische psychiatrie en
mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek*

Joke Harte

Een van de manieren om de maatschappij te beschermen tegen geweld is door psychisch gestoorde delinquenten een behandeling op te leggen. De rechter heeft deze mogelijkheid als een verdachte een geweldsdelict heeft gepleegd dat (mede) is voortgekomen uit een psychiatrische stoornis, en er een grote kans is op herhaling van dit delictgedrag op grond van dezelfde stoornis. Voorbeelden van maatregelen zijn plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37 Sr) en de terbeschikkingstelling (tbs) (artikelen 37a-38 Sr). Aan de oplegging van deze maatregelen zijn voorwaarden verbonden, onder andere met betrekking tot de mate waarin de verdachte het ten laste gelegde toegerekend kan worden en de te verwachten kans op herhaling.¹

Vooral de maatregel tbs heeft grote bekendheid. In 2005 stond deze maatregel in het bijzonder in de belangstelling toen er een parlementair onderzoek werd verricht naar het functioneren van het tbs-stelsel.² Het spreekt voor zich dat de oplegging van een behandelmaatregel zoals tbs met dwangverpleging uitermate ingrijpend is voor de betrokkene. Onvrijwillig moet hij of zij in een zwaar beveiligde inrichting een psychiatrische behandeling ondergaan die gemiddeld zeven jaar in beslag neemt.³ Indien de patiënt onvoldoende verbetering laat zien, bijvoorbeeld omdat hij of zij zich niet volledig inzet voor deze verplichte behandeling, kan dit ertoe leiden dat de kans op terugkeer naar de maatschappij uitermate klein wordt.

De rechter die overweegt de maatregel tbs op te leggen aan een verdachte staat voor een zware beslissing. Bij deze beslissing kunnen twee mogelijke fouten gemaakt worden. De eerste fout doet zich voor als de rechter (zoals later zal blijken ten onrechte) besluit geen tbs met verpleging op te leggen, terwijl dit, gegeven de stoornis en het daaruit voortkomende recidivegevaar van de verdachte wel noodzakelijk was. De kans op recidivegevaar is in dit geval *onderschat*. Een dergelijke foute taxatie komt onder meer tot uiting als de niet behandelde delinquent recidiveert met een ernstig geweldsdelict. Naast de directe gevolgen voor de slachtoffers zijn dergelijke incidenten aanleiding tot grote maatschappelijke en politieke onrust. De andere ernstige fout die dezelfde rechter kan maken, is te besluiten de maatregel tbs op te leggen terwijl dit

1 Een overzicht van verschillende strafrechtelijke maatregelen en de daaraan verbonden juridische criteria is te vinden in Van Mulbregt & Sierink, 2004.

2 Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS, 2006.

3 Bron: <www.dji.nl>.

gegeven het recidivegevaar van de verdachte niet noodzakelijk is. In deze situatie is de kans op ernstig recidivegevaar *overschat*. Het gevolg van deze fout is dat een veroordeelde jarenlang in een tbs-kliniek wordt behandeld zonder dat dit nodig is. Het spreekt voor zich dat de veroordeelde in deze situatie ernstig wordt benadeeld. Maar ook de maatschappij, die de kosten voor deze onnodige behandeling moet opbrengen, is in dit geval een benadeelde partij. In tegenstelling tot de eerste beslisfout (het ten onrechte niet opleggen) is de ernst en omvang van deze laatste fout (het ten onrechte wel opleggen) niet zichtbaar. Zolang zich geen incidenten voordoen, zullen we immers nooit weten of het terecht was dat een terbeschikkinggestelde jarenlang behandeling heeft ondergaan.

Tijdens het parlementaire onderzoek naar de tbs kwam duidelijk naar voren dat zowel de politiek als de maatschappij steeds minder tolerant is geworden ten aanzien van incidenten veroorzaakt door ernstig gestoorde delinquenten. Dit zou ervoor pleiten in geval van twijfel eerder over te gaan tot oplegging van de maatregel tbs. Maar uit datzelfde onderzoek bleek ook dat door de toenemende instroom en de stagnerende uitstroom het tbs-systeem ernstig verstopt raakt en dat de kosten van dit systeem uit de hand lopen.⁴ En wanneer de rechter geneigd is eerder een tbs-maatregel op te leggen, dan neemt ook de kans toe dat de maatregel wordt opgelegd terwijl dit niet strikt noodzakelijk was. Het omgekeerde geldt ook. Als de rechter juist wil voorkomen dat mensen een tbs-behandeling ondergaan terwijl dit niet nodig is, wordt de kans groter dat zich ernstige incidenten voordoen. Beide fouten zijn van elkaar afhankelijk: wanneer strenger (of juist minder streng) wordt geoordeeld, neemt de kans op de ene fout af maar zal diens gevolge de kans op de andere fout toenemen.

Dit zojuist geschetste dilemma geldt niet alleen voor de beslissing om al dan niet een tbs-maatregel op te leggen. Vergelijkbare situaties doen zich ook voor bij beslissingen rond het al dan niet beëindigen van een tbs-maatregel, het opleggen van de ISD-maatregel aan een veelpleger, het plaatsen van een terbeschikkinggestelde op een zogenaamde longstay afdeling of het uit huis plaatsen van een kind bij het vermoeden van mishandeling. Voor al deze beslissingen geldt dat het strenger (of juist minder streng) toepassen van beslisriteria niet tot meer of minder fouten leidt, maar tot een andere verdeling van de typen fouten. Indien de consequenties van beide typen fouten ernstig zijn, moet een kwaliteitsverbetering niet gezocht worden in het aanpassen van de beslisriteria, maar in een verbetering van de taxatie van toekomstig gedrag. Pas als het toekomstig delictgevaar beter voorspeld kan worden, zullen kansen op fouten als gevolg van een onjuiste beslissing afnemen.

De behoefte de kans op foute beslissingen terug te dringen, heeft ertoe geleid dat in de afgelopen jaren veel aandacht is geweest voor (de kwaliteit van) methoden om toekomstig delictgevaar in te schatten. Lange tijd was het de gewoonte om het recidiverisico van een patiënt puur klinisch in te schatten.⁵ Een behandelverantwoordelijke taxeerde het mogelijke gevaar op basis van zijn

4 Zie ook Harte, 2007.

5 Lammers, 2007.

of haar kennis en ervaring in combinatie met het beeld van de patiënt. Diverse empirische studies laten zien dat deze voorspellingen vaak niet of nauwelijks beter zijn dan toeval.⁶ Het onderzoek van Philipse toont aan dat dit helaas ook geldt voor klinische beoordelingen van recidivegevaar in de Nederlandse forensische behandelpraktijk.⁷ Het wetenschappelijke onderzoek in de forensische psychiatrie heeft zich daarom vooral gericht op het ontwikkelen van instrumenten voor het inschatten van recidivegevaar. Binnen deze instrumenten is een onderscheid te maken tussen actuariële risicotaxatie-instrumenten en instrumenten voor een gestructureerd klinisch oordeel. Bij actuariële instrumenten wordt, nadat de items zijn gescoord, een inschatting van het recidivegevaar verkregen door de itemscores op te tellen. Voorbeelden van dergelijke instrumenten zijn de VRAG⁸ en de Static-99.⁹ Omdat deze instrumenten met name historische items bevatten, en de inschatting van het recidivegevaar dus feitelijk niet kan afnemen, zijn deze instrumenten minder geschikt voor de forensische behandelpraktijk. Daar bestaat dan ook een voorkeur voor risicotaxatie-instrumenten die een zogeheten klinisch gestructureerd oordeel van het recidivegevaar geven. Deze instrumenten omvatten relatief veel items die betrekking hebben op kenmerken die in principe veranderbaar zijn, ofwel dynamische items. Na het scoren van alle items vindt er geen optelling plaats, maar wordt de beoordelaar gevraagd om een inschatting te maken van het toekomstige recidivegevaar: het gestructureerde klinische oordeel. Een aantal risicotaxatie-instrumenten is in Noord-Amerika ontwikkeld en vertaald naar het Nederlands, zoals de HCR-20.¹⁰ Andere instrumenten zijn in Nederland ontwikkeld, zoals de HKT-30.¹¹

De afgelopen jaren zijn er veel risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld en geïmplementeerd, ook voor specifieke groepen delinquenten zoals zedendelinquenten en jeugdigen.¹² Ook zijn er instrumenten ontwikkeld om naast risicofactoren juist de zogenaamde protectieve factoren in beeld te brengen, zoals de SAPROF.¹³ Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten is inmiddels niet meer weg te denken uit de forensisch psychiatrische advies- en behandelpraktijk. Maar in welke mate en op welke manier hebben deze instrumenten nu daadwerkelijk een verbetering van de inschatting van recidivekansen bewerkstelligd? Wat is de opbrengst van deze instrumenten en waar liggen de beperkingen? En welke rol is voor risicotaxatie-instrumenten weggelegd in de toekomst van het empirische onderzoek in de forensische psychiatrie?

6 Zie voor een overzicht onder meer De Ruiter, 2000; Philipse, 2005; De Vogel, 2005.

7 Philipse, 2005.

8 Rice & Harris, 1997.

9 Van Beek, De Doncker & De Ruiter, 1999.

10 Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000.

11 CIFP, 2000.

12 Zie voor een overzicht bijvoorbeeld De Ruiter, 2000 of Bogaerts & Nagtegaal, 2008.

13 De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2007.

Opbrengsten

‘De methode van het gestructureerd klinisch oordeel is van grote waarde voor het voorspellen van het risico van toekomstig (seksueel) geweld in de Nederlandse forensische klinische praktijk’, aldus de conclusie uit het proefschrift van De Vogel.¹⁴ Uit haar studies, waarin ze gegevens van patiënten uit de Van der Hoevenkliniek (Utrecht) gebruikt, blijkt dat de HCR-20 het risico van toekomstig geweld significant beter voorspelt dan de ongestructureerde klinische inschatting. Het is gebruikelijk om de predictieve validiteit van risicotaxaties uit te drukken in zogenaamde AUC-waarden.¹⁵ Een AUC-waarde van .50 betekent dat de voorspellende waarde gelijk is aan toeval en een AUC waarde van 1.0 betekent een perfecte voorspelling. In een andere studie van De Vogel en anderen¹⁶ liggen de AUC waarden voor zowel de subschalen (Historical, Clinical en Risk management) van de HCR-20 als de totaal score, alsmede het gestructureerde klinische oordeel rond de .80. Het ongestructureerde klinische oordeel heeft een aanzienlijk lagere AUC-waarde, namelijk .68. Ook andere studies tonen aan dat risicotaxatie-instrumenten een nauwkeuriger voorspelling geven van het recidiverisico dan het ongestructureerde klinische oordeel.¹⁷

Naast het geven van betere voorspellingen is een ander belangrijk voordeel van risicotaxatie-instrumenten dat zij laten zien hoe een beoordeling van het recidivegevaar is opgebouwd. Zowel voor een behandelteam, voor de rechter die voorgelicht moet worden als voor de patiënt zelf wordt inzichtelijk wat voor deze patiënt de risicoverhogende en de beschermende factoren zijn. Bovendien wordt door herhaalde meting zichtbaar of, en zo ja op welke gebieden, de patiënt vooruitgang heeft geboekt. Volgens De Ruiter bieden risicotaxatie-instrumenten de patiënt bovendien bescherming tegen willekeur, negatieve tegenoverdracht en blinde vlekken bij de diagnosticus.¹⁸ Verder stelt zij dat er, dankzij risicotaxatie-instrumenten, meer uniformiteit in de beoordelingen komt: alle patiënten worden langs eenzelfde meetlat gelegd en zijn in mindere mate afhankelijk van de beoordelaar. Bovendien spreken zij meer ‘een gemeenschappelijke taal’. Dit alles wordt vooral bereikt bij toepassing van de zogenaamde consensusmethode. Deze inmiddels gebruikelijke werkwijze houdt in dat het scoren van een risicotaxatie-instrument uitgevoerd wordt door twee getrainde deskundigen die alle informatie over een patiënt lezen en vervolgens onafhankelijk van elkaar het instrument scoren. In een daaropvolgend consensusgesprek komt men tot overeenstemming over de scores en het eindoordeel. Deze werkwijze van intersubjectiviteit zorgt ervoor dat de kans op ongewenste cognitieve vertekeningen (zoals *illusoire correlatie* en *confirmation bias*) wordt geminimaliseerd. Vooral behandelaars zijn niet altijd voldoende objectief en lopen het gevaar beïnvloed te worden door persoonlijke sympathieën of antipathieën jegens patiënten. Hiltermann concludeert dat het gebruik van

14 De Vogel, 2005.

15 Brand, 2005.

16 De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van der Ven, 2004.

17 Vergelijk De Ruiter, 2007.

18 Idem.

risicotaxatie-instrumenten in vergelijking met het ongestructureerde klinische oordeel beter is, goedkoper is, meer ethisch is en meer rechtsgelijkheid geeft.¹⁹

Een ander belangrijke opbrengst van de ontwikkeling en implementatie van risicotaxatie-instrument betreft dataverzameling voor wetenschappelijk onderzoek. Dankzij de risicotaxatie-instrumenten is het mogelijk om op grote schaal op uniforme wijze data te verzamelen over grote groepen forensisch psychiatrische patiënten. De op deze wijze verkregen datasets zijn van grote waarde voor empirisch wetenschappelijk onderzoek, zowel op het gebied van risicotaxatie, diagnostiek als evaluatieonderzoek.

Beperkingen

Dat risicotaxatie-instrumenten veel te bieden hebben, zowel voor de advies- en behandelpraktijk als ook voor wetenschappelijk onderzoek moge duidelijk zijn. Voor een genuanceerde discussie over de (on)mogelijkheden van risicotaxatie is het echter van belang een aantal beperkingen onder ogen te zien.

Een bezwaar dat regelmatig wordt ingebracht tegen risicotaxatie-instrumenten is het ontbreken van een theoretisch kader. De werkwijze wordt ook wel gekarakteriseerd als die van een *dustbowl*,²⁰ oftewel een willekeurig bijeen gewaaide hoop los zand. Veel van de nu bekende voorspellers zijn gevonden om de simpele reden dat zij als gegeven in grote administratieve (niet specifiek voor onderzoeksdoeleinden aangelegde) databestanden aanwezig waren, waarvan gebruik is gemaakt bij het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten. Deze instrumenten omvatten daardoor vrijwel uitsluitend het soort kenmerken waarover bijna altijd wel wordt geregistreerd. Behalve dat deze kenmerken samenhangen met recidivegevaar is vervolgens niets bekend over de betekenis van de relatie. Vaak wordt ten onrechte verondersteld dat deze causaal is. Het is goed mogelijk dat bijvoorbeeld variabelen met betrekking tot arbeidsverleden, instabiliteit van relaties en gebrek aan ziekte-inzicht samenhangen met delictgevaar. In plaats van een causaal verband kan het echter ook een spurieuze relatie betreffen. Het is namelijk goed mogelijk dat al deze variabelen een causale relatie hebben met weer een andere variabele, bijvoorbeeld de psychiatrische stoornis. In dit geval zullen interventies om het ziekte-inzicht en de werkervaring te vergroten en sociale vaardigheden te verbeteren niet resulteren in een inperking van het delictgevaar. Voor het ontwikkelen van werkzame interventies is een theoretisch verklarend model onmisbaar. Verder mag niet uit het oog verloren worden dat bij een eventuele oplegging van een maatregel sprake moet zijn van recidivegevaar *op grond van een psychiatrische stoornis*. Deze vraag wordt niet beantwoord met behulp van een instrument voor risicotaxatie.²¹

Verder is een kritische beschouwing van de voorspellende waarde van de risicotaxatie-instrumenten op zijn plaats. Zijn de voorspellingen van delictge-

19 Hiltermann, 2001.

20 Zie Van Nieuwenhuizen & Philipse, 2002.

21 Zie Mooij, 2004, p. 172-175.

vaar echt zo veel beter dan de klinische inschatting? Uit nadere bestudering van eerdergenoemde studie van De Vogel en anderen blijkt dat het klinische oordeel vrij gebrekkig is geoperationaliseerd.²² De verwachting van de kliniek over het recidiversico definieerden zij als de wijze waarop de patiënt de kliniek verliet. Maar ook zonder klinische inschatting als referentiekader is het mogelijk de predictieve waarde van risicotaxatie-instrumenten te bestuderen. Zo is de kwaliteit van een groot aantal risicotaxatie-instrumenten recent in kaart gebracht in twee retrospectieve studies door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.²³ In deze studies scoorden twee beoordelaars de instrumenten op basis van dossierinformatie bij een steekproef van mannelijke delinquenten van wie de terbeschikkingstelling was beëindigd tussen 1992 en 2002. Vervolgens zijn recidivegegevens opgevraagd en is gekeken in hoeverre (items, subschalen, totaal scores en risico-inschattingen van) verschillende risicotaxatie-instrumenten in staat waren eventuele recidive te voorspellen.²⁴ Op item-niveau blijkt dat vooral items met betrekking tot het al dan niet schenden van voorwaarden en eventuele onttrekking aan toezicht in staat zijn toekomstig delictgedrag te voorspellen. Veel items van de HCR-20 en HKT-30 hebben geen of nauwelijks voorspellende waarde.²⁵ De resultaten van de instrumenten SVR-20 en STATIC-99 waren ronduit teleurstellend.²⁶ Deze instrumenten voor seksuele delinquenten bleken nauwelijks in staat seksuele recidive te voorspellen.²⁷ Uiteraard zijn deze retrospectieve studies, waarin de onderzoekers zich moesten baseren op dossierinformatie van enkele jaren geleden, niet gelijk te stellen aan de behandelpraktijk waarin men de patiënt door en door kent en eventueel aanvullend informatie kan verzamelen. Toch wordt duidelijk dat de verwachtingen ten aanzien van de huidige instrumenten niet al te hoog gespannen mogen zijn.

Tot slot bestaat er een bezwaar tegen risicotaxatie dat in het bijzonder ter sprake wordt gebracht door strafrechtsdeskundigen. Het betreft de principiële vraag of het wel aanvaardbaar is om zeer ingrijpende interventies op te leggen op grond van toekomstvoorspellingen. Hierover leven bij juristen veelal andere opvattingen dan bij gedragsdeskundigen en empirisch wetenschappelijke onderzoekers.²⁸ Over het algemeen is de jurist geneigd de fout-positieven (degenen die ten onrechte als risico worden aangeduid) te beschermen. Want ook al behoort iemand tot een hoog-risico groep, deze ene individuele patiënt kan nu juist die uitzondering zijn die de regel bevestigt. Wanneer we ons uitsluitend baseren op toekomstvoorspellingen ontkennen we de menselijke mogelijkheid tot verandering en daarmee de vrije wil. Dit zou het einde zijn van de rechtsstaat.²⁹ Tegelijkertijd meent Buruma dat het strafrecht haar ogen niet

22 De Vogel et al., 2004.

23 Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005; Schönberger, Hildebrand, Spreen & Bloem, 2008.

24 In dit onderzoek is de AUC-waarde van het gestructureerde klinische oordeel van de HCR-20 .64 en van de HKT-30 .73.

25 Zie verder Hildebrand et al., 2005.

26 Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001, respectievelijk Van Beek et al., 1999.

27 Schönberger, Hildebrand, Spreen & Bloem, 2008.

28 De Ruiter, 2004.

29 Aldus Buruma, 2007.

mag sluiten voor wetenschappelijke ontwikkelingen zoals risicotaxaties. Het is nu aan de strafrechtsdeskundigen te bepalen op grond van welke toekomstvoorspelling welke interventies aanvaardbaar zijn. Dat in deze afweging ook de betrouwbaarheid en validiteit van de risicotaxaties een belangrijke rol moet spelen, spreekt voor zich.

Discussie

Het is duidelijk dat door de ontwikkeling en implementatie van instrumenten voor risicotaxatie en het gestructureerde klinische oordeel belangrijke verbeteringen zijn bewerkstelligd in het Nederlandse forensisch psychiatrische veld. Deze winstpunten betreffen onder meer transparantie en uniformiteit van beoordelingen van taxaties van toekomstig delictgedrag. Ook voor de betreffende patiënten zelf is dit een grote vooruitgang. Daarnaast mogen echter de beperkingen niet uit het oog verloren worden. Vooral over het ontbreken van een theoretisch kader en over de kwaliteit van deze instrumenten valt nog het nodige te discussiëren. Het voorspellen van toekomstig delictgedrag blijft uiterst gecompliceerd, ook met gebruik van instrumenten voor risicotaxatie. Het is de taak van de empirische wetenschapper en de gedragsdeskundige zo objectief en genuanceerd mogelijk informatie te leveren zodat diegenen die voor ingrijpende beslissingen staan, waarin ook politieke, juridische, sociale en economische factoren een rol spelen, deze zo goed mogelijk kunnen nemen.

De rol van risicotaxatie-instrumenten beperkt zich niet tot taxatie en advisering op individueel niveau. Risicotaxatie zal de komende jaren ook een belangrijk onderwerp blijven op de agenda van het wetenschappelijk onderzoek. Allereerst vragen de teleurstellende (of in ieder geval wisselende) resultaten ten aanzien de predictieve validiteit om meer onderzoek. Inmiddels worden instrumenten als de HKT-30 en de HCR-20 op grote schaal herhaald afgenomen bij grote groepen forensisch psychiatrische patiënten. De databestanden die op deze manier verkregen worden, bieden legio mogelijkheden voor belangrijk wetenschappelijk onderzoek. Ten eerste wordt het mogelijk voor specifieke patiëntenpopulaties zogenaamde *base rates* vast te stellen, oftewel de kans dat een persoon behorende tot deze populatie zal recidiveren. Dergelijke informatie biedt de gedragsdeskundige die moet adviseren over een individuele patiënt een uitgangspunt voor de inschatting van toekomstig recidivegevaar; vervolgens kan de gedragsdeskundige beargumenteren hoe dit ene individu gegeven de *base rate* van de populatie waartoe hij behoort maar met zijn of haar eigen specifieke (risicovolle maar ook beschermende) kenmerken en achtergrondgegevens zich waarschijnlijk in de toekomst zal ontwikkelen en gedragen.

De forensische psychiatrie kent een relatief korte geschiedenis van empirisch wetenschappelijk onderzoek. Tot op heden werd dit onderzoek gedomineerd door het onderwerp risicotaxatie. Opvallend is dat naar de inhoud en de effectiviteit van de forensisch psychiatrische behandeling nog relatief weinig onderzoek is verricht. De vraag doet zich nu voor of het wel ethisch is om een individu een psychiatrische behandeling op te leggen waarvan onzeker is of deze behandeling werkzaam is. Het ziet ernaar uit dat de forensische psychiatrie

sche sector de komende jaren veel zal investeren in het onderzoek naar werkzaamheid van interventies. Routine Outcome Monitoring,³⁰ waarbij uitkomstgegevens herhaald worden gemeten, lijkt hiervoor de geëigende onderzoeksmethode. Zowel op individueel als op groepsniveau kan in kaart gebracht worden welk effect de behandeling heeft op toe- of afname van risicoverhogende en beschermende factoren. Voor het herhaald en gestandaardiseerd verzamelen van gegevens over kenmerken die in relatie staan tot (toekomstig) delictgevaar bieden risicotaxatie-instrumenten met relatief veel dynamische items, zoals de HKT-30, mogelijkheden.

De afgelopen jaren zijn er stevige discussies gevoerd over de meerwaarde van risicotaxatie-instrumenten voor de forensische psychiatrie. Het plaatsen van bedenkingen bij de mogelijkheden van risicotaxatie-instrumenten is veelvuldig opgevat als een volledige afwijzing van deze instrumenten en zelfs als weerstand tegen wetenschappelijke vooruitgang. Echter, alleen een genuanceerde en open discussie over de mogelijkheden *en* beperkingen van risicotaxatie-instrumenten in het strafrecht zal resulteren in de optimale besluitvorming in de praktijk. Hopelijk staat het forensische psychiatrische veld daarvoor open.

Literatuur

- Beek, D. van, D. de Doncker & C. de Ruiter, *Static-99*, Hanson & Thornton, Nederlandse geautoriseerde vertaling, Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting 1999.
- Beurs, E. de & M. Barendregt, *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de TBS-sector: Komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*, Den Haag: WODC 2008.
- Bogaerts, S. & M.H. Nagtegaal, Risk assessment, risk management en nieuwe ontwikkelingen binnen het forensisch landschap, in: T.I. Oei en L.H.W.M. Kaiser (red.), *Forensische psychiatrie onderweg*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2008, p. 349-357.
- Buruma, Y., Risico-inschatting: het smalle pad tussen sciëntisme en kwakzalverij, *Delikt & Delinkwent* 2007, p. 350-359.
- Brand, E.F.J.M., Een maat voor de kwaliteit van instrumenten voor risicotaxatie, in: M.J. Sjerps & J.A. Coster van Voorhout (red.), *Het onzekere bewijs: gebruik van statistiek en kansrekening in het strafrecht*, Deventer: Kluwer 2005, p. 429-456.
- CIFP (Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie), *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. De ontwikkeling van een instrument*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen 2000.
- Harte, J.M., Gaan we de TBS-maatregel verlengen of beëindigen? Beschouwing naar aanleiding van een parlementair onderzoek, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 62 (2007), p. 612-626.
- Hildebrand, M., B. Hesper, M. Spreen & H. Nijman, *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2005.

30 Zie De Beurs & Barendregt, 2008.

- Hildebrand, M., C. de Ruiter & D. van Beek, *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordeling van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*, Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting 2001.
- Hilterman, E., Zekere onzekerheid of onzekere zekerheid, *Sancties* 2001, p. 303-308.
- Lammers, S., Blijven stoute jongens stout? Taxatie van het recidiverisico in de tbs, *De Psycholoog*, 42 (2007), p. 479-510.
- Mooij, A.W.M., *Toerekeningsvatbaarheid. Over handelingsvrijheid*, Amsterdam: Boom 2004.
- Mulbregt, J.M.L. van & H.D. Sierink, Conclusie en advies, in: F. Koenraadt, A.W.M. Mooij & J.M.L. van Mulbregt (red.), *De persoon van de verdachte. De rapportage pro justitia vanuit het Pieter Baan Centrum*, Deventer: Kluwer 2004, p. 117-140.
- Nieuwenhuizen, Ch. van & M. Philipse, Risicotaxatie bij zedendelinquenten: Een globaal literatuuroverzicht, *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26 (2002), p. 70-78.
- Philipse, M., *Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*, Nijmegen: Radboud Universiteit 2005, diss. RU.
- Philipse, M., C. de Ruiter, M. Hildebrand & Y. Bouman, *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag*. Versie 2, Nijmegen/Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven Stichting 2000.
- Rice, M.E. & G.T. Harris, Violent recidivism: Assessing predictive validity, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1997), p. 737-748.
- Ruiter, C. de, *Voor verbetering vatbaar*, Amsterdam: Vossiuspers AUP 2000, oratie UvA.
- Ruiter, C. de, Forensisch gedragsonderzoek in strafzaken, *Forensische expertise* 30 (2004), p. 50-61.
- Ruiter, C. de, Wat risicotaxatie wel en niet is. Een reactie op 'Risico's van risicotaxatie', *Tijdschrift voor Psychotherapie* 32 (2007), p. 277-287.
- Schönberger, H.J.M., M. Hildebrand, M. Spreen & O. Bloem, *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie bij seksuele delinquenten: een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de SVR-20, STATIC-99, HKT-30 en PCL-R*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2008.
- Tijdelijke commissie onderzoek tbs, *TBS, vandaag over gisteren en morgen*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2006.
- Vogel, V. de, *Structured Risk Assessment of (Sexual) Violence in Forensic Clinical Practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch Forensic Psychiatric Patients*, Amsterdam: Dutch University Press 2005, diss. UvA.
- Vogel, V. de, C. de Ruiter, Y. Bouman & M. de Vries Robbé, *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*, Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting 2007.
- Vogel, V. de, C. de Ruiter, M. Hildebrand, B. Bos & P. van der Ven, Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients, *International Journal of Forensic Mental Health*, 3 (2004) p. 149-165.